

**Seguro  
médico  
y  
nutrición**  
SOLICITUD

**access**  
**NY**

**Para niños,  
adultos, y  
familias**

health care



# INSTRUCCIONES

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD** Toda la información que usted proporcione en esta solicitud permanecerá confidencial. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información son los encargados de la inscripción, las agencias locales o estatales y los planes de asistencia médica que necesitan conocerla para determinar si usted (la persona solicitante) y los miembros de su familia son elegibles. La persona que le ayuda a completar esta solicitud no puede revelar esta información a nadie, excepto a su supervisor o a las agencias locales o estatales, o planes médicos que la necesitan.

**INSTRUCCIONES** para completar esta solicitud de Access NY Health Care. Esta solicitud no es para personas que solicitan servicios de cuidado a largo plazo (como cuidado de enfermería en su casa, cuidado personal o cuidado en su casa).

**POR FAVOR LEA** toda la solicitud, las instrucciones y la lista de documentos antes de empezar a llenarla. Si esta solicitud es SOLAMENTE para niños o una mujer embarazada, complete las Secciones de la A a la H, y la Sección K. Todos los otros solicitantes deben completar todas las secciones. (Vea la lista de documentación para determinar qué documentos son aceptables. Si necesita más espacio para anotar la información, por favor utilice la página marcada INFORMACIÓN ADICIONAL) (*Additional Information*.)

## SECCIÓN A Cómo comunicarnos

En esta sección pedimos nos informen cómo nos pondremos en contacto con los solicitantes. La dirección es donde viven las personas que solicitan seguro médico. Si la dirección postal es diferente, allí mandaremos las tarjetas del seguro médico y todos los avisos.

## SECCIÓN B Información sobre el núcleo familiar

Anote los nombres de todas las personas que desean solicitar o ya están recibiendo Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o el Programa de Asistencia para Cuidado Prenatal (*Prenatal Care Assistance Program*, o PCAP). Incluso si el padre, madre, padrastro, madrastra o cónyuge vive en su casa pero no realiza la solicitud, anote su nombre en la lista. Usted también puede anotar a otros miembros de su familia si lo desea (por ej. un hijo dependiente menor de 21 años). Anotar a los demás miembros de su familia puede darle un nivel de elegibilidad más alto o permitirnos observar su elegibilidad bajo una categoría distinta. Anote al jefe de familia en la línea No. 1. Complete la información solicitada para cada persona que aparece en la lista.

### ¿Está embarazada esta persona?

Esta información nos ayuda a determinar el tamaño de su familia. Una mujer embarazada cuenta como dos personas.

### Parentesco con el jefe de familia.

Muestra en qué forma está relacionada cada persona con el jefe de familia (la persona anotada en la línea No. 1) por ej., esposa, hijos, hijastros, sobrina, sobrino, etc.



**¿Desea seguro médico esta persona?** A cada persona que solicite seguro médico se le inscribirá solamente en el programa para el que califica: Medicaid, Child Health Plus A o B, PCAP o Family Health Plus.

**Número de Seguro Social.** Se debe proveer el número del Seguro Social de todas las personas que están solicitando, si el número es disponible. Éste no se requiere para mujeres embarazadas, o cualquier miembro de la familia que no esté solicitando el seguro médico.

**Raza o grupo étnico.** Esta información es opcional. La pregunta se hace para asegurar que todas las personas tengan acceso a los programas. Si responde a esta pregunta, utilice el código que mejor describe la raza u origen étnico. Puede escoger más de una alternativa.

## SECCIÓN C Seguro médico

Es importante que nos informe si alguien en su familia tiene seguro médico, o está cubierto por otro seguro, por varias razones:

- En algunos casos, es posible que no pueda inscribirse en ciertos programas;
- Ciertos solicitantes, les restaremos de sus ingresos el costo del seguro médico;
- Cuando recibamos facturas médicas en el futuro, podremos determinar cuál de los seguros debe pagar primero.

Anote los nombres de toda persona de su núcleo familiar que ya está inscrita en Medicaid, Child Health Plus A o B, Family Health Plus o PCAP con sus números de identificación. Esto nos ayudará a reducirle su papeleo.

Anote a todas las personas que están cubiertas por cualquier otro seguro médico privado o Medicare, y proporcione la información que se solicita. Si dicha cobertura termina pronto, indique la fecha en que finalizará la cobertura.

Para ayudar a responder si alguien tiene seguro médico de un plan de beneficios estatal, a continuación se describe lo que queremos decir:

**Plan estatal de beneficios médicos** es el programa de seguro médico "New York State Health Insurance Program", o NYSHIP del estado de Nueva York, que se ofrece a empleados o jubilados del gobierno del estado de Nueva York, la legislatura del estado (State Legislature) y el sistema unificado de tribunales (Unified Court System). Algunas agencias locales del gobierno, y distritos escolares también eligen participar en NYSHIP. Si no está seguro, verifique esto con su empleador.

## SECCIÓN D Ciudadanía

Se requiere esta información solamente de las personas que solicitan seguro médico. Las mujeres embarazadas no necesitan completar esta sección. Para ser elegibles de recibir seguro médico, las personas de 19 años de edad o más, deben ser ciudadanos o estar dentro de una de las muchas categorías de inmigrantes. Los niños residentes del estado de Nueva York y que no tienen otro seguro médico son elegibles, sin importar su condición de inmigración.

### DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El servicio de inmigración y naturalización (*Immigration and Naturalization Service*, o INS) ha expuesto que el estar inscrito en Child Health Plus A o B, Medicaid, PCAP o Family Health Plus NO PUEDE afectar la posibilidad de que una persona obtenga una tarjeta de inmigrante (green card), convertirse en ciudadano, traer de fuera a un miembro de su familia, o viajar fuera y regresar a este país (excepto si Medicaid está pagando por cuidado a largo plazo en lugares como una residencia de ancianos u hospital psiquiátrico).

**El Estado no reportará al INS ninguna información contenida en esta solicitud.**

## SECCIÓN E Ingresos familiares

En esta sección anote todo tipo de ingresos y las cantidades recibidas por las personas que anotó en la Sección B.

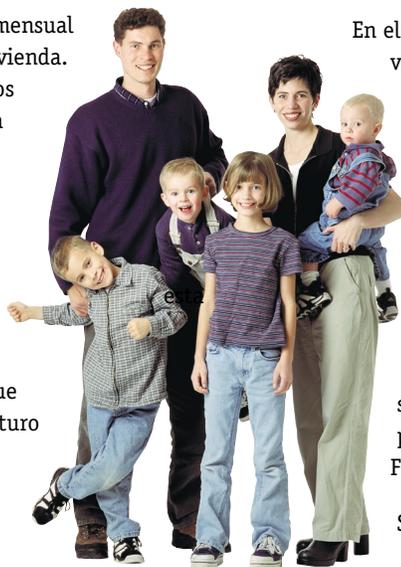
Si la familia no tiene ingresos de dinero, explique cómo se mantienen los solicitantes.

**Costo del cuidado de niños y de adultos dependientes:** Esto es, cuánto paga usted a otra persona para que cuide a sus niños o a un cónyuge o padre incapacitado mientras usted trabaja o asiste a la escuela. Algunas de estas cantidades se podrán restar de sus ingresos mensuales.

## SECCIÓN F Gastos de la vivienda

Anote el costo mensual de la vivienda de la familia. Esto incluye la renta, pago mensual de la hipoteca u otro pago relativo a la vivienda. Si usted paga por una hipoteca, incluya los impuestos a la propiedad y el seguro de la propiedad. Si paga por calefacción anote qué tipo tiene (gas, diesel, eléctrica).

Si esta solicitud es solamente para niños menores de 19 años, y/o para una mujer embarazada, no tiene que proporcionar información. Sin embargo, si la proporciona, estos solicitantes pueden continuar recibiendo sus beneficios aunque sus ingresos familiares aumenten en el futuro y ya no califiquen para Medicaid o Child Health Plus A.



## SECCIÓN G Enfermedades o lesiones

Estas preguntas nos ayudan a determinar qué programa es el mejor para los solicitantes. Usted podría obtener mejores servicios médicos si está incapacitado, tiene una enfermedad grave, o elevadas facturas por servicios médicos. Esta sección también nos ayuda a saber si alguien más debe pagar por cuidado médico.



Si usted tiene facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses, ya sean pagadas o no pagadas, Medicaid y Child Health Plus A podrían pagar esos costos. Si desea que nosotros determinemos eso, marque "sí". **Adjunte copias de sus facturas médicas con esta solicitud.**

## SECCIÓN H Mujeres, bebés y niños (WIC)

Mujeres, bebés y niños (*Women Infants and Children*, o WIC) es un programa para mejorar la nutrición y la salud de mujeres, bebés y niños. Marque "sí" si también desea presentar la solicitud para este programa. El solicitar para WIC no cambia su elegibilidad para el seguro médico. Y tendrá que visitar una oficina de WIC.

**DETÉNGASE AQUÍ. Si esta solicitud es SOLAMENTE para niños menores de 19 años y/o para una mujer embarazada, pase a la Sección K.**

## SECCIÓN I Recursos

**NO COMPLETE ESTA SECCIÓN HASTA HABERSE ENTREVISTADO CON EL ENTREVISTADOR.**

Las mujeres embarazadas y los niños menores de 19 años no tienen que responder a esta pregunta.

En el momento de la entrevista, se le preguntará respecto al valor total de sus recursos. Ejemplos de recursos incluyen cosas tales como dinero en una cuenta en un banco o cooperativa de crédito, acciones, bonos, fondos mutuos, certificados de depósito, cuentas de mercado monetario (money market), fondos en fideicomiso, programas 401k, y propiedades. Los recursos también pueden incluir el valor de su automóvil.

El entrevistador le ayudará a determinar lo que debe contar para totalizar el valor de sus recursos. El valor de sus recursos no lo descalifica para el seguro médico, pero sí afecta la posibilidad de obtener Medicaid o Family Health Plus.

Se le explicará si debe documentar sus recursos.

**Más instrucciones al dorso** ▶

## Información sobre padres o cónyuges que no viven con la familia

### SECCIÓN J

**Es importante para nosotros saber si usted o sus niños tienen disponible un seguro médico por parte de un padre o cónyuge que vive en otro lugar.**

Las mujeres embarazadas no tienen que responder estas preguntas. Para ser elegibles, todas las personas de 19 años de edad o más que soliciten, deben estar dispuestas a proporcionar información que nos ayude a obtener el seguro médico de padres o esposos que no viven en esa vivienda, a menos que exista una buena razón. Ejemplo de una buena razón es el temor de daños físicos o emocionales a usted o un miembro de su familia. La pregunta número 1 se refiere al *padre* o *madre* de un niño solicitante. La pregunta número 2 se refiere al *esposo* o *esposa* de la persona que solicita.

Los niños podrán obtener seguro médico del Estado si los padres no están dispuestos a proporcionar esta información.

### SECCIÓN K Selección del plan médico

#### CHILD HEALTH PLUS B y FAMILY HEALTH PLUS:

Si se determina que usted es elegible para Child Health Plus B o Family Health Plus, debe seleccionar un plan médico para poder recibir cuidado de salud. Si desea continuar con el médico que tiene ahora, debe inscribirse en un plan donde ese médico está registrado. Si desea escoger un nuevo médico, u obtener el código para un médico o un centro de salud, llame al plan que seleccionó para que le ayuden. Cuando se inscriba en un plan de salud, usted debe utilizar los médicos y hospitales de ese plan.

#### MEDICAID, PCAP y CHILD HEALTH PLUS A:

Algunas personas inscritas en Medicaid, PCAP o Child Health Plus A se les requerirá que se inscriban en un plan médico. A otros no se les requerirá. Si a usted o un miembro de su familia se le encuentra elegible para Medicaid, PCAP o Child Health Plus A, y está en un condado que requiere que las personas estén en un plan médico, nosotros lo inscribiremos en el mismo plan que usted escoja, si éste ofrece Medicaid. Si está en un condado que no requiere que las personas estén en un plan médico, igualmente lo inscribiremos en el plan que usted escoja, a menos que nos diga que no desea inscribirse en ese plan, y marque la casilla apropiada en esta sección. Su entrevistador conversará con usted a este respecto.

## Primas para Child Health Plus B

No se pagan primas para Medicaid, PCAP, Family Health Plus y Child Health Plus A. Puede haber una prima mensual para Child Health Plus B. **Todas las primas aplicables se deben pagar al presentar esta solicitud.** Para determinar si usted necesita pagar una prima sobre la base de sus ingresos mensuales, use la tabla a continuación.

Para estimar su prima, cuente los ingresos de todas las personas incluidas en el tamaño de su familia. El tamaño de la familia se determina sumando:

- el número de niños que solicitan,
- el número de padres o padrastros que viven con ellos, y
- el número de hermanos menores de 21 años que no solicitan y que viven con ellos.

Tamaño de la familia	Gratis	\$9 mensual por niño (máx. \$27)	\$15 mensual por niño (máx. \$45)	Prima total por niño
1	\$1,241	\$1,723	\$1,940	Más de \$1,940
2	\$1,665	\$2,311	\$2,603	Más de \$2,603
3	\$2,089	\$2,899	\$3,265	Más de \$3,265
4	\$2,513	\$3,488	\$3,928	Más de \$3,928
5	\$2,937	\$4,076	\$4,590	Más de \$4,590
Adicional por cada persona				
añadir:	\$424	\$589	\$663	

*\* Válido desde el 1 de enero del 2004. Los niveles de ingreso aumentan cada año. Tome nota de que la cobertura de niños menores de un año es gratis a mayores niveles de ingreso.*

**¿TIENE ALGUNA PREGUNTA O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO?**

**LLAME GRATIS**

**Para niños: al 1-800-698-4543**

**Para adultos: al 1-877-9FHPLUS**

**TODA AYUDA ES GRATUITA**

**(1-877-898-5849 línea TTY para personas con problemas auditivos)**

**LEA LA SECCIÓN SOBRE CONDICIONES Y RESPONSABILIDADES EN LA ÚLTIMA PÁGINA, Y FIRME Y FECHÉ AL FINAL. CADA ADULTO SOLICITANTE DEBE FIRMAR.**



Estado de Nueva York  
George E. Pataki, Gobernador

Departamento de Salud (Department of Health)  
Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr. P.H., Comisionada

# ACCESS NY HEALTH CARE

## Child Health Plus / Family Health Plus / Medicaid / PCAP / WIC

Antes de completarla, por favor lea toda la solicitud y las INSTRUCCIONES.

Escriba con claridad en letra de imprenta con tinta azul o negra. Si necesita más espacio para cualquier sección, adjunte la página de Información Adicional. Una solicitud incompleta no podrá ser procesada y resultará en una demora en la cobertura.

### SECCIÓN A **Cómo contactarnos** Por favor, díganos quién es usted y cómo podemos contactarlo.

Nombre		Inicial		Apellido	
Por favor, proporcione un número donde podamos llamarlo si necesitamos más información:		No. de teléfono		Otro número	
Idioma principal		Calle		Apartamento No.	
DIRECCIÓN de las personas que solicitan el seguro médico		Ciudad		Estado	
		Código postal		Condado	
DIRECCIÓN POSTAL de la persona contacto, si es diferente de la anterior		Calle		Apartamento No.	
		Ciudad		Estado	
		Código postal		Condado	

### SECCIÓN B

**Información sobre el núcleo familiar** Anote al jefe de familia en la línea No. 1. Anote los nombres de las personas que están solicitando o ya están recibiendo Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o PCAP. También **debe** anotar los nombres de los padres, padrastros, madrastras o cónyuges de un solicitante que vive en su casa, incluso si no está solicitando. Usted **puede** anotar a otros miembros de su familia si lo desea (por ej., un hijo dependiente menor de 21 años). **Anotar a otros miembros de la familia puede permitirnos otorgarle un nivel de elegibilidad más alto.**

Nombre, inicial, apellido	Fecha de nacimiento	Sexo F o M	¿Está esta persona embarazada?	¿Es esta persona padre o madre de un niño solicitante?	Parentesco con el jefe de familia	¿Quiere esta persona el seguro médico? (Sí o No)	SÓLO PARA SOLICITANTES	
							Número de Seguro Social (si tiene) <i>No es necesario para mujeres embarazadas</i>	Raza o grupo étnico <i>(ver los códigos)</i>
01		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	JEFE DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de soltera, si tiene:								
02		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de soltera, si tiene:								
03		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de soltera, si tiene:								
04		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de soltera, si tiene:								
05		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
06		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
07		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
08		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
09		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Es alguien de la familia un veterano?

Sí  No

Si responde "Sí", su nombre:

**Códigos de afiliación racial o étnica:** (opcional)

**A** = Asiático

**B** = Negro o afroamericano

**H** = Hispano o Latino

**I** = Indio americano o nativo de Alaska

**P** = Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

**W** = Blanco

**U** = Desconocido

## Sección C

### Seguro médico

Usted o su familia pueden ser elegibles aunque tengan otro seguro médico.

1. ¿Hay alguien en el núcleo familiar que ya tiene Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o PCAP?  Sí  No

Si responde "Sí"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"
	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"

2. ¿Hay alguien que está solicitando que tiene Medicare?  Sí  No No. de Medicare

3. ¿Hay alguien que está solicitando y que ya tiene otro seguro médico?  Sí  No

Si responde "Sí"	Nombre del dueño de la póliza de seguro			
	Nombre de la compañía de seguros	Póliza de grupo No.	Pago mensual \$	
	Persona (o personas) cubiertas	Fecha final de la cobertura		
	Nombre del dueño de la póliza de seguro			
	Nombre de la compañía de seguros	Póliza de grupo No.	Pago mensual \$	
	Persona (o personas) cubiertas	Fecha final de la cobertura		

4. ¿Son los padres o padrastos de cualquiera de los niños solicitantes, empleados públicos que pueden obtener cobertura para la familia de un plan de salud del estado? (ver las instrucciones)  Sí  No

Si responde "sí", ¿Paga la agencia pública donde trabaja esa persona, una parte o la totalidad de este plan médico?  Sí  No

5. En los últimos 6 meses, ¿algunas de las personas que están solicitando han perdido o cancelado algún tipo de seguro médico, que era proporcionado por medio de un empleador? (si responde "no", pase a la Sección D)  Sí  No

**Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a comprender las razones por las que las personas cambian sus seguros médicos.**

¿Por qué las personas ya no tienen seguro médico? (MARQUE UNA SOLA RESPUESTA)

- Si responde "Sí"
- 1. La persona que tenía el seguro ya no trabaja para el empleador que proporcionaba el seguro.
  - 2. El empleador dejó de ofrecer el seguro médico.
  - 3. El empleador dejó de ofrecer seguro médico para los niños, o dejó de pagar el seguro médico para niños pero continuó pagando la cobertura para los padres empleados.
  - 4. El costo del seguro médico subió y ya no entraba en el presupuesto.
  - 5. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus cuestan menos que el seguro que las personas tenían antes.
  - 6. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus ofrecen mejores beneficios que el seguro que las personas tenían antes.

## Sección D

### Ciudadanía

Las mujeres embarazadas no tienen que completar esta sección. Esta información sólo se requiere de personas que solicitan seguro médico. Casi todos los niños son elegibles para el seguro médico, sin importar su estado de inmigración.

¿Son todos los solicitantes ciudadanos de EE.UU.? (si responde "sí" pase a la Sección E)  Sí  No

Si responde NO, por favor anote la siguiente información de todos los que solicitan seguro médico que no son ciudadanos de EE.UU.

Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán en estricta confidencia.

Nombre	Inicial	Apellido	¿Pertenece esta persona a alguna de estas categorías? Marque la casilla apropiada.	Si marcó A o B, anote la fecha en que esta persona entró en EE.UU. (mes/día/año)
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	

**A: Marque la casilla "A" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:**

- Residente permanente legal (tiene tarjeta de inmigrante "green card")
- Asilado
- Entrante cubano o haitiano
- En libertad condicional de por lo menos un año
- Indio norteamericano nacido en Canadá y que tiene por lo menos 50% de indio norteamericano
- Algunos inmigrantes maltratados, y/o niños
- Refugiado
- Asiático estadounidense
- En proceso de deportación
- Entrante condicional

**B: Marque la casilla "B" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:**

- Bajo orden de supervisión
- Estado de acción diferida
- En libertad condicional por menos de un año
- Registró o se le concedió la solicitud de arreglo de su estado
- Ha vivido continuamente en EE.UU. desde antes del 1 de enero de 1972
- Vive en EE.UU. con conocimiento y consentimiento de la INS, y la INS no intenta exigir su salida
- Deportación pospuesta
- Suspensión de la deportación
- Cercano autorizado

## Sección E Ingresos familiares

Anote la clase de ingreso y las cantidades recibidas por todas las personas en la lista de la Sección B

Clase de ingreso	Nombre de la persona (¿quién recibe este ingreso?)	Clase de ingreso/ Nombre del Empleador	¿Cuánto recibe esta persona (antes de impuestos)?	¿Con qué regularidad lo recibe? (semanal, cada dos semanas, mensualmente, otra periodicidad)
<b>Ejemplo</b>	Mary Smith	salario/Compañía XYZ	\$350	semanalmente
<b>Ingresos por su empleo:</b> Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, pago por tiempo extra, trabajos por cuenta propia				

¿Su empleador ofrece seguro médico?  Sí  No Si la respuesta es "sí", Nombre del Empleador:

<b>Ingresos por motivos aparte de su empleo:</b> Incluye los beneficios del Seguro Social, pagos por incapacidad, pagos del seguro de desempleo, intereses y dividendos, beneficios de veteranos, compensación del trabajador, pagos por manutención de los niños/pensión alimenticia, ingresos de renta				
<b>Contribuciones:</b> Dinero de parientes o amigos, pensionistas o inquilinos (incluya el dinero que alguien le dé cada mes para ayudarle a cubrir sus gastos)				
<b>Otros:</b> Asistencia temporal (en efectivo) o ingresos suplementarios de seguridad (SSI), subvenciones de estudiante o préstamos				

**Si no tiene ingresos, explique**  
(por ej., si vive con amigos o familiares):

¿Tiene usted que pagar el cuidado de los niños (o por cuidar a un adulto incapacitado) para poder trabajar o ir a la escuela?  Sí  No

Si la respuesta es "sí"	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)

## Sección F Gastos de la vivienda

Estas preguntas nos ayudan a escoger el mejor programa para los solicitantes.

Responder estas preguntas es opcional si la solicitud es solamente para niños menores de 19 años, o para una mujer embarazada.

<b>Pago mensual por la vivienda</b> \$	<b>Tipo de calefacción</b> (gas, petróleo, etc.)	<b>¿Incluye su pago por la vivienda la calefacción?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	--

## Sección G Enfermedades o lesiones

Estas preguntas nos ayudan a determinar qué programa es el mejor para los solicitantes

¿Es alguno de los solicitantes ciego, impedido, incapacitado, o tiene alguna enfermedad crónica o necesita cuidado de salud especial?  Sí  No

Si responde "Sí", sus nombres:

¿Tiene alguno de los solicitantes una lesión, enfermedad o incapacidad causada por otra persona, o que pudiera ser cubierta por un seguro aparte del seguro médico (por ej., el seguro de la vivienda [*homeowner's insurance*] o el seguro del automóvil)?  Sí  No

Si responde "Sí", nombres:

¿Tiene alguno de los solicitantes facturas por servicios médicos que no se han pagado o se pagaron en los últimos 3 meses? (Medicaid o Child Health Plus A quizás puedan pagar estas facturas.)  Sí  No

## Sección H WIC

WIC es un programa gratuito que ayuda a las mujeres, bebés y niños a obtener los alimentos que necesitan para disfrutar de buena salud

Si hay alguien en su familia que está embarazada, que acaba de tener un bebé, o un niño que tiene menos de cinco años de edad, ¿desearía solicitar la inscripción en WIC?  Sí  No



# CONDICIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al haber completado y firmado esta solicitud, estoy solicitando inscripción en Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A o B, en el Programa de Asistencia para Cuidado prenatal (*Prenatal Care Assistance Program*, o PCAP) y en el Programa Suplementario Especial de Alimentación para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Entiendo que esta solicitud, avisos, y otra información adicional será enviada al (o los) programa(s) en que solicito inscripción. Estoy de acuerdo con que se divulgue la información personal y financiera contenida en esta solicitud y cualquier otra información necesaria para determinar la elegibilidad a estos programas. Entiendo que se me podría solicitar información adicional. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente cualquier cambio de la información contenida en esta solicitud.

- Entiendo que debo proporcionar la información necesaria para comprobar mi elegibilidad a cada programa. Si no me hubiera sido posible obtener la información para Medicaid, Family Health Plus, PCAP o Child Health Plus A, lo informaré a los servicios sociales del distrito. Ellos podrían ayudarme a obtener esa información.

- Si estoy solicitando en un lugar distinto del Departamento de Servicios Sociales local, y se encuentra que mis niños no son elegibles para Child Health Plus A sobre la base de esta solicitud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Servicios Sociales local para ver si mis hijos son elegibles para Child Health Plus A sobre una base distinta.

- Entiendo que los trabajadores de los programas para los cuales mi familia o yo hemos solicitado, pueden verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. Las agencias que administran estos programas mantendrán esta información confidencial de acuerdo con 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307, las regulaciones de WIC en 7 CFR 246.26 (d) y cualquier ley o regulación federal o estatal.

- Al solicitar inscripción en Child Health Plus B, estoy de acuerdo en pagar la contribución de prima aplicable que no paga el Estado de Nueva York.

- Entiendo que Medicaid, Family Health Plus, PCAP y Child Health Plus no pagarán gastos médicos que se supone pagarán otros seguros u otras personas y que, si estoy solicitando para Medicaid, Family Health Plus, PCAP o Child Health Plus A, cedo a la agencia todos mis derechos de intentar y recibir apoyo médico de mi esposo o esposa, o padres de personas menores de 21 años, y mi derecho de intentar y recibir pagos de terceras personas por todo el tiempo que yo estoy recibiendo beneficios.

- Presentaré reclamaciones por beneficios de seguro médico o de accidente o de cualquier otro recurso al que tengo derecho. Entiendo que tengo derecho a afirmar buenos motivos para no cooperar en el uso del seguro médico si tal uso pudiera causar daños a mi salud o seguridad o a la salud o seguridad de alguna persona de la que soy legalmente responsable.

- Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no será afectada por mi raza, color o país de origen. También entiendo que, dependiendo de los requisitos de cada uno de estos programas individuales, mi edad, sexo, incapacidad o estado de ciudadanía puede ser un factor sobre si seré elegible o no.

- Entiendo que si mi hijo o hija están en Child Health Plus A o Family Health Plus, él o ella puede obtener atención primaria y exámenes médicos preventivos, incluyendo todo el tratamiento necesario por medio del programa Child/Teen Health Program para niños y adolescentes. Podré obtener más información sobre este programa en el Departamento de Servicios Sociales Local.

- Entiendo que si alguien miente o esconde la verdad a sabiendas para poder recibir servicios bajo estos programas, está cometiendo un delito sujeto a multas federales y estatales y puede que tenga que reembolsar la cantidad de beneficios recibidos y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York tiene el derecho de revisar la información de este formulario referente a ingresos.

## NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SSN)

WIC, PCAP y Child Health Plus B: No se requiere el SSN para inscribirse en Child Health Plus B o en WIC. Si tienen un número, yo lo daré para los niños que solicitan Child Health Plus B y por cualquiera que solicite WIC.

Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A: Se requiere el SSN de todos los solicitantes, a menos que la persona esté embarazada o sea un extranjero no calificado. No se requiere el SSN de miembros de mi familia que no están solicitando beneficios. Entiendo que esto lo requiere la ley federal en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y las regulaciones de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los SSN se utilizan de muchas maneras, tanto en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) y entre el DSS y las agencias federales, estatales y locales en Nueva York y en otras jurisdicciones. Algunos usos del SSN son: verificar la identidad, identificar y verificar ingresos por empleos y por motivos aparte del empleo, para verificar si padres que no tienen la custodia de los hijos pueden tener cobertura de seguro médico para los solicitantes, para ver si los solicitantes pueden recibir apoyo médico, y para ver si los solicitantes pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Los SSN también se usan como identificación del beneficiario en y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurar que se ponen a disposición del beneficiarios de los servicios adecuados. Además, si solicito para otros programas en esta solicitud conjunta, esos programas tendrán acceso a mi SSN y podrán usarlo en la administración del programa.

## SÓLO PARA SOLICITANTES A MEDICAID Y CHILD HEALTH PLUS A

### • DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS EDUCACIONALES

Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York para que obtengan cualquier información respecto a los archivos educacionales de mis hijos aquí nombrados, que fueran necesarios para pedir devoluciones de Medicaid de servicios educativos relacionados a la salud, y para proporcionar acceso a esta información a las agencias apropiadas del gobierno federal, solamente por motivos de auditoría.

### • PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Si se evalúa a mis hijos o si participan en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, doy permiso al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York a compartir la información de elegibilidad a Medicaid de mis hijos con el Programa de Intervención Temprana de mi condado, para poder facturar a Medicaid.

### • REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Entiendo que como parte de mi solicitud a Medicaid tengo derecho ahora, o más adelante, de solicitar devolución de gastos que he pagado por cuidados médicos, servicios y suministros cubiertos, recibidos durante el período de tres meses antes del mes de mi solicitud. Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso de cuidado médico, servicios y suministros cubiertos sólo se podrá obtener por parte de proveedores registrados con Medicaid.

## FAMILY HEALTH PLUS Y ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS DE MEDICAID

Yo sé que para recibir beneficios de Family Health Plus, debo afiliarme en un Plan de salud. También sé que en algunos condados, se requiere estar en un plan de cuidados de salud para recibir Medicaid. Se me ha explicado si mi condado requiere o no requiere que los inscritos en Medicaid deben afiliarse en un plan de cuidados de salud.

Se me han explicado los planes disponibles en Family Health Plus y en Medicaid. Entiendo que si se me encuentra elegible para Family Health Plus, se me inscribirá en el plan de Family Health Plus que yo he seleccionado. También

# CONDICIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

entiendo que si se me encuentra elegible para Medicaid en vez de para Family Health Plus, y estoy en un condado que requiere que las personas tengan un plan médico, seré inscrito en el plan médico que seleccioné, a menos que ese plan no participe en Medicaid. Si yo o nosotros estamos en un condado que no requiere que las personas estén en un plan médico de Medicaid, igualmente nos inscribirán en el plan que seleccioné, a menos que yo notifique por escrito al departamento de servicios sociales, o en la misma solicitud, que no deseamos estar en este plan.

Me han explicado los derechos y beneficios que tendré como miembro de un plan médico, y las limitaciones en beneficios de ser miembro de una organización de administración de la salud. Yo sé que tanto en Family Health Plus como en Medicaid, debo escoger un proveedor de atención primaria (PCP) y que podré escoger de entre por lo menos tres (3) PCPs en mi plan médico. Entiendo que una vez inscrito en un plan, tendré que usar a mi PCP y a otros proveedores de mi plan médico excepto en algunas circunstancias especiales.

Yo sé que si tengo un bebé mientras soy miembro de un plan médico, mi bebé será inscrito en el mismo plan que el mío. Yo sé que si me nace un bebé mientras soy miembro de un plan Family Health Plus que también participa en Medicaid, mi bebé será inscrito en el mismo plan que el mío.

## • DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Accedo a la divulgación de cualquier información médica respecto a mi persona o a cualquier miembro de mi familia por quienes yo pueda dar consentimiento: de

Estoy de acuerdo con que la información contenida en esta solicitud sea compartida solamente entre Child Health Plus, Medicaid, PCAP, Family Health Plus, WIC, los planes médicos indicados en la Sección K, los servicios sociales locales del distrito, y la organización que facilita ayuda con la solicitud. También consiento en compartir esta información con cualquier centro de salud con sede en cualquier escuela que proporciona servicios a los solicitantes. Entiendo que dicha información se comparte para determinar la elegibilidad de los individuos

parte de mi proveedor de atención primaria (PCP), cualquier otro proveedor de cuidado de salud o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (SDOH) a mi plan médico o a cualquier proveedor de cuidado de salud relacionado con mi cuidado y el de mi familia, que sea razonablemente necesaria, para que mi plan médico o mis proveedores realicen el tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud; de parte de mi plan médico o cualquier proveedor de cuidado de la salud a la SDOH o a otras agencias federales, estatales o locales autorizadas para los propósitos de administración de Medicaid, Child Health Plus, PCAP y los programas de Family Health Plus; y, de parte de mi plan médico a otras personas u organizaciones, que sea razonablemente necesaria, para que mi plan médico realice el tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud. También accedo a que la información divulgada incluya información sobre VIH, salud mental o abuso de alcohol o sustancias nocivas relativa a mi persona o miembros de mi familia, de acuerdo con lo permitido por ley. Si más de un adulto se está uniendo a un plan médico de Family Health Plus o Medicaid, se necesita la firma de cada adulto solicitante para permitir la divulgación de la información.

## • REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Yo entiendo que si me encuentran elegible para Family Health Plus, mi inscripción tendrá vigencia, como máximo, a partir de los 90 días siguientes a la fecha de la presentación de una solicitud completa. En caso de que se presentara un error o una demora en mi inscripción, Medicaid podría reembolsarme dinero por gastos médicos razonables que yo pague como resultado de dicho error o dicha demora. Medicaid puede pagar a mi proveedor cualquier gasto pendiente sólo si ese proveedor está inscrito en Medicaid.

que solicitan planes de Child Health Plus, Medicaid, PCAP, Family Health Plus, y WIC para evaluar el éxito de estos programas.

Firmo esta solicitud en el entendimiento de que cada persona que solicita Child Health Plus, Medicaid, PCAP, Family Health Plus y WIC será inscrita en el programa apropiado, si es elegible. También he leído y comprendo las Condiciones, Derechos y Responsabilidades incluidas en este folleto de solicitud. Certifico bajo pena de perjurio que todo lo anotado en esta solicitud es verdad, a mi leal saber y entender.

FECHA

FIRMA

FECHA

FIRMA

## SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

### Para completarse por la persona que ayuda con la solicitud

Firma de la persona

que obtuvo la información sobre elegibilidad:

X

Empleado por:

Agencia comunitaria de inscripción facilitada

Especificar \_\_\_\_\_

Plan médico

Distrito de Servicios Sociales

Agencia proveedora

### Para completarse por los facilitadores de inscripción

Nombre del facilitador:

Agencia principal:

ID de la organización principal

Fecha de inicio de la solicitud: mm/dd/aa

Número en secuencia de la solicitud:

Fecha de terminación de la solicitud: mm/dd/aa

Código del niño solicitante:

Medicaid

CHPlus

### Para uso por el Distrito de Servicios Sociales Local

Elegibilidad determinada por:

Fecha:

Elegibilidad aprobada por:

Fecha:

Oficina central:

Fecha de la solicitud:

ID de la Unidad:

ID del trabajador:

Nombre del caso:

Distrito:

Tipo de caso:

Caso No.:

Fecha de validez:

MA Código de la razón de disposición:

Código de denegación

Retiro

Apoderado:

Sí

No

Registro No.:

Ver:

### Para uso de los planes Child Health Plus

Disposición de CHPlus

Aprobada

Denegada

Código de denegación:

Fecha de validez:

No. de niños inscritos (CHPlus):

# INFORMACIÓN ADICIONAL

# ACCESS NY HEALTH CARE

Nombre  
en la Sección A

Teléfono

## Sección B Continuación

**Información sobre el núcleo familiar** Anote los nombres de las personas que están solicitando o ya están recibiendo Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o el Programa de Asistencia para Cuidado Prenatal (*Prenatal Care Assistance Program*, o PCAP). También **debe** anotar el nombre de los padres, padrastros, madrastras o cónyuges del familiar solicitante que vive en su casa, incluso si esta persona no está solicitando el programa. Usted **puede** anotar los nombres de otros miembros de la familia si lo desea (por ej., un hijo dependiente menor de 21 años). **Anotar a los demás miembros de la familia puede permitirles otorgarle un nivel de elegibilidad más alto.**

Nombre, inicial, apellido	Fecha de nacimiento	Sexo F o M	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esta persona padre o madre de un niño solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el jefe de familia	¿Quiere esta persona el seguro médico? (Sí o No) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SÓLO PARA SOLICITANTES	
							Número del Seguro Social (si tiene) <i>No es necesario para mujeres embarazadas</i>	Raza o grupo étnico (ver los códigos)
10 Nombre de soltera, si tiene		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11 Nombre de soltera, si tiene		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
12 Nombre de soltera, si tiene		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Códigos de afiliación racial o étnica:** (opcional)

**A** = Asiático

**B** = Negro o afroamericano

**H** = Hispano o Latino

**I** = Indio americano o nativo de Alaska

**P** = Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

**W** = Blanco

**U** = Desconocido

## Sección C Continuación

**Seguro médico** Usted o su familia pueden ser elegibles aunque tengan otro seguro médico.

1. ¿Hay alguien en el núcleo familiar que ya tiene Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o PCAP?  Sí  No

Si responde "Sí"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"
------------------	--------	--	--------	--

2. ¿Hay alguien que está solicitando que tiene Medicare?  Sí  No No. de Medicare

3. ¿Hay alguien que está solicitando y que ya tiene otro seguro médico?  Sí  No

Si responde "Sí"	Nombre del dueño de la póliza de seguro		
	Nombre de la compañía de seguros	Póliza de grupo No.	Pago mensual \$
	Persona (o personas) cubiertas	Fecha final de la cobertura	

## Sección D Continuación

**Ciudadanía** Las mujeres embarazadas no tienen que completar esta sección. Esta información sólo se requiere de personas que solicitan seguro médico. Casi todos los niños son elegibles para el seguro médico, sin importar su condición de inmigración.

¿Son todos los solicitantes ciudadanos de EE.UU.? (si responde "sí", pase a la Sección E)  Sí  No

Si responde NO, por favor anote la siguiente información de todos los que solicitan seguro médico que no son ciudadanos de EE.UU.

Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán en estricta confidencia.

Nombre	Inicial	Apellido	¿Pertenece esta persona a alguna de estas categorías? Marque la casilla apropiada.	Si marcó A o B, anote la fecha en que esta persona entró en EE.UU. (mes/día/año)
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	

**A:** Marque la casilla "A" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:

- Residente permanente legal (tiene tarjeta de inmigrante "green card")
- Asilado
- Entrante cubano o haitiano
- En libertad condicional de por lo menos un año
- Indio norteamericano nacido en Canadá y que tiene por lo menos 50% de indio norteamericano
- Algunos inmigrantes maltratados y/o niños
- Refugiado
- Asiático estadounidense
- En proceso de deportación
- Entrante condicional

**B:** Marque la casilla "B" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:

- Bajo orden de supervisión
- Estado de acción diferida
- En libertad condicional por menos de un año
- Cubierto por la solicitud de un pariente cercano autorizado
- Registró o se le concedió la solicitud de arreglo de su estado
- Ha vivido continuamente en EE.UU. desde antes del 1 de enero de 1972
- Vive en EE.UU. con conocimiento y consentimiento de la INS, y la INS no intenta exigir su salida.
- Deportación pospuesta
- Suspensión de la deportación
- Salida voluntaria

## Sección E

Continuación

### Ingresos familiares

Anote la clase de ingreso y las cantidades recibidas por todas las personas en la lista de la Sección B

Clase de ingreso	Nombre de la persona (¿quién recibe este ingreso?)	Clase de ingreso/ Nombre del Empleador	¿Cuánto recibe esta persona (antes de impuestos)?	¿Con qué regularidad lo recibe? (semanal, cada dos semanas, mensualmente, otra periodicidad)
<b>Ejemplo</b>	Mary Smith	salario/Compañía XYZ	\$350	semanalmente
<b>Ingresos por su empleo:</b> Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, pago por tiempo extra, trabajos por cuenta propia				
¿Su empleador le ofrece seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", Nombre del Empleador:				
<b>Ingresos por motivos aparte de su empleo:</b> Incluye los beneficios del Seguro Social, pagos por incapacidad, pagos del seguro de desempleo, intereses y dividendos, beneficios de veteranos, compensación del trabajador, pagos por manutención de los niños/pensión alimenticia, ingresos de renta				
<b>Contribuciones:</b> Dinero de parientes o amigos, pensionistas o inquilinos (incluya el dinero que alguien le dé cada mes para ayudarle a cubrir sus gastos)				
<b>Otros:</b> Asistencia temporal (en efectivo) o ingresos suplementarios de seguridad (SSI), subvenciones de estudiante o préstamos				
<b>Si no tiene ingresos, explique</b> (por ej., si vive con amigos o familiares):				
¿Tiene usted que pagar el cuidado de los niños (o por cuidar a un adulto incapacitado) para poder trabajar o ir a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es "sí":	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)	
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)	

## Sección K

Continuación

### Selección del plan médico

Las personas elegibles para Child Health Plus B y Family Health Plus deben inscribirse en un plan médico para recibir cuidado de salud. A algunas personas inscritas en Medicaid o Child Health Plus A se les pudiera requerir que se inscriban en un plan ahora mismo, y a otras, que lo hagan pronto. Usted también puede usar esta sección para escoger un plan de Child Health Plus A y Medicaid.

NOTA: Si se encuentra que usted o un miembro de la familia son elegibles para Medicaid o Child Health Plus A, y viven en un condado que no requiere que las personas estén en un plan médico, lo inscribiremos en este plan, si ofrece Medicaid, a menos que usted nos diga que no desea hacer eso, escribiendo al departamento de servicios sociales de su localidad, o marcando esta casilla.

Nombre del Solicitante	Número de Seguro Social (si lo tuviera)	Fecha de nacimiento	Plan Médico	Doctor o Centro de Salud	Doctor o código del Centro de Salud (opcional)	Dentista

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

## Para seguro médico

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

Su inscripción solo podrá ser completada al recibir todos los documentos indicados a continuación. Envíe estos documentos antes de \_\_\_\_\_. Si necesita ayuda para obtener algunos de estos documentos, háganoslo saber.

**VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA:** Usted debe mostrar UNO de los documentos de cada una de las dos categorías para poder ser elegible para el seguro médico. Converse sobre esto con la persona que le ayuda con la solicitud. Se aceptan fotocopias.

### VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FECHA DE NACIMIENTO (no se requiere para la recertificación)

- Licencia de conducir o identificación oficial con fotografía
- Pasaporte\*
- Certificado de nacimiento\*
- Partida de Bautismo u otro certificado religioso\*
- Registros oficiales de la escuela
- Certificado de adopción
- Expediente oficial del hospital o certificado de nacimiento emitido por el médico\*
- Certificado de naturalización\*
- Certificado de matrimonio

### RESIDENCIA O DIRECCIÓN DEL HOGAR

(ésta debe ser igual a la dirección anotada en la Sección A, y el comprobante debe haber sido fechado dentro de los 6 meses anteriores a la solicitud)

- Tarjeta de identificación (ID) con su dirección
- Sobre o tarjeta postal o etiqueta de revista con sello de correo, nombre y fecha (no puede ser usada si se envía a una casilla postal)
- Licencia de conducir emitida dentro de los últimos 6 meses
- Factura de empresa de servicios públicos (gas, electricidad, cable), o correspondencia de una agencia del gobierno que incluya el nombre y el domicilio
- Carta del propietario, contrato de arrendamiento, recibo de la renta con la dirección de la vivienda
- Recibo del impuesto a la propiedad o estado de la hipoteca

\* También se puede utilizar para documentar la ciudadanía o estado de inmigración.

**COMPROBANTE DE INGRESOS ACTUALES:** Usted debe proporcionar una carta, declaración por escrito o copia de cheque o talones de cheque de su empleador, persona, o agencia que le proporciona ingresos. Presente todos los que sean aplicables. Proporcione su más reciente prueba de ingresos antes de impuestos. La prueba debe estar fechada, debe incluir el nombre del empleado y mostrar los ingresos brutos del período del pago.

### Salarios y sueldo

- Talones de cheques de salarios (de 4 semanas consecutivas)
- Carta del empleador en membrete de la compañía, firmada y fechada
- Declaración de impuestos a los ingresos/W-2\*\*
- Registros de negocios

### Trabajos por cuenta propia

- Declaración de impuestos a los ingresos firmada y fechada, y todos los anexos (Schedules)\*\*
- Registros de ganancias y gastos

### Beneficios de desempleo

- Carta o certificado de adjudicación
- Cheque de beneficios
- Correspondencia del departamento de trabajo de NY (NYS Dept. of Labor)

### Pensiones o anualidades privadas

- Declaración de la pensión o anualidad

### Seguro Social

- Carta o certificado de adjudicación
- Cheque de beneficios
- Correspondencia de la Administración del Seguro Social

### Manutención de los hijos

- Carta de la persona que provee los pagos
- Carta del Tribunal
- Talón de cheque del pago de pensión alimentaria y/o manutención

### Compensación por desempleo

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

### Beneficios de veteranos

- Carta de adjudicación
- Talón del cheque de beneficios
- Correspondencia de la Administración de Asuntos de Veteranos

### Pago a militares

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

### Intereses, dividendos o regalías

- Declaración del banco, cooperativa de crédito o institución financiera
- Carta del Corredor (broker)
- Carta del Agente

### Ingresos por renta o pensionistas

- Carta del pensionista, del inquilino
- Talón de cheque

### Ayuda de otros miembros de la familia

- Declaración firmada o carta del miembro de la familia

\*\* Los formularios W-2 o las declaraciones de impuestos que no son por trabajos por cuenta propia se pueden utilizar para solicitudes hasta antes de abril del siguiente año. Si la solicitud es después, debe incluir otro tipo de documentación.

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

## Para seguro médico

### COSTOS DE CUIDADO A DEPENDIENTES:

- Declaración escrita del centro de cuidado o de otro proveedor de cuidado a niño o adultos
- Cheques cancelados o recibos

### PRUEBA DE SEGURO MÉDICO:

- Póliza de seguro
- Certificado de seguro
- Tarjeta de seguro
- Carta de cancelación
- Tarjeta de Medicare
- Otros \_\_\_\_\_

### ESTADO DE INMIGRACIÓN: (no es necesario para mujeres embarazadas)

- Formulario INS No. I-551 ("Green Card")
- Formulario INS No. I-94
- Formulario INS No. I-220B
- Carta del INS No. I-210
- Formulario INS No. I-181
- Otros documentos del INS o correspondencia al INS o del INS que prueben que el extranjero es PRUCOL, es decir, que el extranjero está viviendo en EE.UU. con conocimiento y permiso o consentimiento del INS, y que el INS no intenta exigir su salida de los EE.UU.

## SÓLO PARA MEDICAID, CHILD HEALTH PLUS A Y FAMILY HEALTH PLUS

### Ciudadanía

- Certificado de nacimiento en EE.UU.
- Certificado de Bautismo emitido dentro de los 3 meses del nacimiento
- Pasaporte de EE.UU.
- Certificado de naturalización
- Certificado de nacimiento oficial emitido por el hospital o el médico

### Recursos

(personas de 19 años de edad o más si lo indica el entrevistador)

- Estado de cuenta bancaria
- Póliza de seguro de vida
- Escritura pública o tasación de inmuebles
- Copia de acciones, bonos y valores
- Vehículos automotrices. Cotización del vendedor, valor tomado del libro "blue book"
- Convenio funerario
- Fondo en fideicomiso

## SÓLO PARA MUJERES EMBARAZADAS

### Prueba del embarazo

- Hoja de trabajo de examen de presunción de elegibilidad completada por un proveedor calificado
- Declaración de un profesional médico, con fecha en que se espera del alumbramiento
- Formulario de referencia médica de WIC

## SÓLO PARA MEDICAID O CHILD HEALTH PLUS A

Para determinar la elegibilidad a gastos médicos de los últimos tres meses:

- Prueba de ingresos del mes o meses en que se incurrió el gasto
- Prueba de residencia, dirección del hogar en el mes o meses en que se incurrió el gasto

**Family Health Plus**  
**Child Health Plus**  
**Medicaid**  
**PCAP • WIC**



## El Seguro De Salud

El seguro de salud está disponible para la mayoría de los niños no asegurados menores de 19 años, que viven en el estado de Nueva York bajo uno o dos programas: Child Health Plus A (un tipo de Medicaid para niños) o Child Health Plus B. Casi todos los niños son elegibles, a pesar de cuanto gana su familia o cual es el estado de inmigraciones de su niño.

El seguro de salud podría estar disponible bajo Medicaid o Family Health Plus para la mayoría las personas entre 19 y 64 años de edad, de ingreso limitado y quienes son ciudadanos estadounidenses o poseen su residencia legal.

## ¿Para Que Programas Soy Elegible?

Una solicitud es utilizada para peticionar para los siguientes programas: Child Health Plus A o B, Family Health Plus, Medicaid, PCAP, Planificación Familiar y WIC. Según la información que nos provea, nosotros le diremos cual es el programa al cual usted y / o su niño(a) son elegibles.

## ¿Cuáles Son Los Servicios Cubiertos?

Servicios importantes tales como los chequeos médicos rutinarios, medicamentos recetados por el médico, cuidado hospitalario, exámenes de vista, lentes, servicios de salud mental y entre otros con cubiertos. Los programas Child Health Plus A, Medicaid y Family Health Plus provee una garantía adicional para las personas menores de 21 años, la cual cubre todos los tratamientos necesarios a través del Child/Teen Health Program. No existen deducibles o copagos en el seguro de salud de niños o para aquellas personas elegibles para Family Health Plus.

## ¿Cuánto Debo Pagar Para Participar?

El costo que usted debe pagar depende de su ingreso familiar. Para la mayoría de las familias, el seguro de salud es gratuito. Otras familias deben pagar una pequeña suma.

El siguiente cuadro describe la suma de ingresos (sin impuestos) al cual Ud. puede recibir el seguro de salud gratis o subvencionado. Para los niños menores de 19 años de edad, si su ingreso sobrepasa estas sumas, su niño(a) podrá recibir un seguro de salud a un precio más alto.

**Ingresos Familiares Mensuales para**

TAMAÑO DE FAMILIA*	ADULTOS	NIÑOS MENORES DE 19 AÑOS	MUJERES EMBARAZADAS
1	\$ 776	\$ 1,940	*
2	\$ 1,562	\$ 2,603	\$ 2,082
3	\$ 1,959	\$ 3,265	\$ 2,612
4	\$ 2,357	\$ 3,928	\$ 3,142
5	\$ 2,754	\$ 4,590	\$ 3,672
6	\$ 3,152	\$ 5,253	\$ 4,202
7	\$ 3,549	\$ 5,915	\$ 4,732
8	\$ 3,947	\$ 6,578	\$ 5,262

\* Nota: Efectivo el primero de Enero del año 2004. Los niveles de ingreso cambian cada año. Esto es solamente una guía. Adultos sin niños puede tiene niveles de ingreso mas abajo. Las mujeres embarazadas cuentan como una familia de dos cuando se esta determinado el tamaño de la familia.

**“Como Gobernador, una de mis prioridades principales ha sido garantizar que todos los Neoyorquinos tengan acceso a un cuidado de la salud completo y de calidad. Con nuestra aplicación nueva y simple, estamos facilitándole a las familias trabajadoras a través del Estado que se inscriban en programas de seguros de la salud que los mantendrán saludables y fuertes.”**

*Gobernador George E. Pataki*

## ¿Cómo Recibiré Los Servicios Médicos?

Las personas elegibles para Family Health Plus y Child Health Plus B, recibirán el cuidado médico a través de los planes de seguros de salud que utilizan sus propios grupos de médicos, hospitales y farmacias. Antes de asociarse a un plan, asegúrese que su médico sea parte de ese plan.

Las personas que se califican para Medicaid o Child Health Plus A o PCAP también pueden asociarse a un plan o pueden consultar a cualquier médico o centro de salud que acepte Medicaid o Child Health Plus A. Ud. debe hablar con su médico para averiguar que tipo de seguro él/ella acepta.

## ¿Qué Debo Hacer Para Inscribirme?

La solicitud del seguro de salud ahora es más fácil que nunca. Hay lugares en su barrio donde puede recibir asistencia. Estos lugares cuentan con un personal amable y de experiencia y están disponibles los fines de semanas y por las tardes para responder a todas sus preguntas y ayudarle con su solicitud.

## ¿Qué Programas Están Disponibles Para Las Mujeres Embarazadas?

El estado de Nueva York provee un seguro de salud gratuito para muchas mujeres embarazadas con ingresos limitados a pesar de su estado de inmigraciones bajo Medicaid y el Programa de Asistencia Prenatal (PCAP). Las mujeres embarazadas que participan en el PCAP pueden recibir una variedad de servicios diseñados para asegurar un embarazo sano, incluyendo visitas prenatales, educación de la salud, y cuidado médico especial. Los servicios continúan hasta dos meses después del fin del embarazo. Los servicios de planificación familiar están disponibles por 24 meses después del término del embarazo. Una vez que el bebé nazca, él o ella automáticamente recibirán un seguro de salud por un año.

## ¿En Qué Consiste El Programa De Mujeres, Infantes, y Niños (WIC)?

WIC es un programa para el mejoramiento de la nutrición y salud de las mujeres, los infantes y niños menores de 5 años. WIC provee a las familias con alimentos nutritivos tales como la fórmula para bebés, leche, jugo, queso, huevos, cereales, frijoles y arvejas y mantecado de maní. WIC también les brinda educación sobre la nutrición y la salud y refiere a las familias a otros servicios de salud. WIC es gratis para todas las familias elegibles.

## ¿Qué es el programa de Planificación Familiar?

Este programa cubre servicios de salud, medicamento y suministro para mantener una sana sistema reproductivo. Hombres y mujeres en estado reproductivos pueden ser elegibles.

## Para Asistencia Llame:

Para obtener información sobre el lugar más cercano donde puede recibir asistencia en su área, llame al:

**Para adultos: 1-877-9FHPLUS**

**Para niños: 1-800-698-4543**